

**PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO - CONTRATO Nº**

**Registro da Operadora na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº: 350494**

**a) Qualificação da Operadora**

- Razão Social: **UNIODONTO DE CAMPINAS COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**  
(Denominação para fins deste contrato: **UNIODONTO**)  
Avenida Brasil, 200 - Vila Itapura - CEP 13023-075 - Tel.: 3322-4000 - CAMPINAS - SP  
CNPJ nº 51.304.798/0001-04 Inscrição Estadual nº 244.218.290.110

**b) Qualificação Contratante/Estipulante NÃO BENEFICIÁRIO**

Nome:		Nacionalidade:	
Filiação:		Nascido em: / /	
RG:	CPF:	E-mail:	Tel.:
End.:		Nº	Compl.:
Bairro:	CEP:	Cidade:	UF:

**c) Nome comercial e nº de registro do plano na ANS:**

Nome Comercial: **PLANO KIDS – PF** Registro de Produto ANS nº **488.203/21-2**

**d) Tipo de Contratação: INDIVIDUAL OU FAMILIAR**

**e) Segmentação assistencial do plano de saúde: EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA**

**f) Área geográfica de abrangência do plano de saúde: NACIONAL**

**g) Área de atuação do plano de saúde: REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

**h) Formação do Preço: REGIME MISTO DE PAGAMENTO**

**i) Serviços e Coberturas Adicionais:**

O plano contempla cobertura adicional ao rol de procedimentos divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Os procedimentos adicionais estão listados na Cláusula III, de acordo com a forma de cobertura (pré ou pós-estabelecida)

**j) Preços**

**1. VALORES CONTRATUAIS VIGENTES NA DATA DE ASSINATURA DO CONTRATO**

TÍTULOS	VALOR UNITÁRIO
Taxa de Inscrição (por beneficiário)	R\$
Mensalidade nos 12 primeiros meses de vigência (por beneficiário)	R\$
Pedido de Liberação de Carência - <b>PLC</b> (por beneficiário)	R\$
Valor da emissão da 2ª via do Cartão Uniodonto (por perda ou dilaceramento):	R\$
Valor máximo de reembolso de tratamento de urgência/emergência (p/evento):	R\$

<b>2. TOTAL A PAGAR NA DATA DA ASSINATURA DO CONTRATO</b>			
<b>TÍTULOS</b>	<b>VALOR UNITÁRIO</b>	<b>Nº DE ADESÕES</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
Taxa de Inscrição	R\$		R\$
Mensalidade	R\$		R\$
Pedido de Liberação de Carência – PLC, OU	R\$		R\$
Pagamento antecipado das doze primeiras mensalidades do total de beneficiários	R\$		R\$
Total a pagar na data da assinatura do contrato .....			R\$
<b>Cobertura em Pós Pagamento: vide Tabela de Procedimentos do ANEXO I</b>			

**k) Vencimento nos Meses Subsequentes: mesmo dia da assinatura do contrato ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.**

**I) Beneficiários Inscritos na data da Assinatura do Contrato**

Nome:		Nacionalidade:	
Filho (a) de:	RG nº	CPF nº	
Domiciliado (a) na:		Compl:	
Bairro:	CEP	Cidade:	
E-mail:	Tel. Fixo: ( )	Tel. Cel: ( )	

Nome:		Nacionalidade:	
Filho (a) de:	RG nº	CPF nº	
Domiciliado (a) na:		Compl:	
Bairro:	CEP	Cidade:	
E-mail:	Tel. Fixo: ( )	Tel. Cel: ( )	

Nome:		Nacionalidade:	
Filho (a) de:	RG nº	CPF nº	
Domiciliado (a) na:		Compl:	
Bairro:	CEP	Cidade:	
E-mail:	Tel. Fixo: ( )	Tel. Cel: ( )	

Nome:		Nacionalidade:	
Filho (a) de:	RG nº	CPF nº	
Domiciliado (a) na:		Compl:	
Bairro:	CEP	Cidade:	
E-mail:	Tel. Fixo: ( )	Tel. Cel: ( )	

### Declarações do Contratante/Estipulante

Pelo presente instrumento, o CONTRATANTE/ESTIPULANTE contrata esse plano de saúde odontológico, nos termos das condições contratuais firmadas nesta data, em benefício exclusivo do(s) beneficiário(s) identificados no inciso “I” dessa Proposta de Adesão.

O CONTRATANTE/ESTIPULANTE declara ter ciência de que nenhum benefício do contrato lhe será conferido, estando obrigado, entretanto, ao cumprimento integral de todas as cláusulas, inclusive a que se refere ao pagamento e cumprimento da vigência mínima.

O CONTRATANTE/ESTIPULANTE neste ato renuncia ao direito de substituir o(s) beneficiário(s) no decorrer da vigência do contrato estipulado.

O CONTRATANTE declara que foi oferecido um plano com cobertura mínima contemplando todo o rol de procedimentos odontológicos definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o regime de pré-pagamento, mas que por conveniência resolveu optar por este de regime misto de pagamento.

O CONTRATANTE declara ter recebido previamente à assinatura do contrato o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, o que lhe permitiu a leitura integral das cláusulas, compreendendo-as integralmente.

O CONTRATANTE declara, ainda, que recebeu neste ato a segunda via desta proposta, do instrumento contratual, dos materiais informativos indicando a forma de utilização do plano e a rede prestadora e demais anexos citados no contrato.

O CONTRATANTE autoriza a UNIODONTO a realizar comunicações, inclusive a notificação em razão de eventual inadimplência, através dos seguintes meios alternativos:

- correio eletrônico (*e-mail*) com certificado digital ou com confirmação de leitura;
- mensagem de texto para telefones celulares (SMS);
- mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas (tais como *Whatsapp, Telegram, Messenger, etc.*);
- ligação telefônica gravada, com confirmação de dados pelo interlocutor;
- carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios;
- pessoalmente, com comprovante de recebimento assinado pelo contratante;
- em área restrita da página institucional da Uniodonto na Internet e/ou por meio de aplicativo da Uniodonto para dispositivos móveis, desde que acessível por meio de *login* e senha pessoais;
- edital, publicado em jornal de grande circulação do último domicílio conhecido do contratante, na forma das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A presente Proposta de Adesão integra o contrato referente ao mesmo produto devidamente registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar e no 2º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas de Campinas sob o nº 164839.

Data da assinatura do contrato:    de                    de

CONTRATANTE: \_\_\_\_\_

Pela **Contratada**, Uniodonto de Campinas Cooperativa Odontológica

\_\_\_\_\_

Permissionária:	Código do Consultor:	Ass. Consultor:
-----------------	----------------------	-----------------

## CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE ODONTOLÓGICO

Registro da Operadora na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº: 350494  
Registro de Produto ANS nº 488.203/21-2

### I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. O presente contrato tem como objeto a prestação continuada, sem limite financeiro, de assistência exclusivamente odontológica sob a forma de plano de saúde nos termos do art. 1º, I, da Lei nº 9.656/98, para garantir a execução dos atos odontológicos definidos neste contrato, conforme rol de procedimentos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e suas atualizações.

1.2. Este instrumento tem as características de contrato bilateral de adesão, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma dos artigos 458 a 461 do Código Civil, estando sujeito também às disposições do art. 54 da Lei 8.078/90 (CDC).

### II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1. Para efeito deste contrato, é considerado como CONTRATANTE/ESTIPULANTE a pessoa física indicada na proposta de adesão, **em benefício exclusivo do(s) beneficiário(s) igualmente indicados na proposta de adesão.**

**2.1.1. O CONTRATANTE/ESTIPULANTE não terá nenhum benefício do contrato, estando obrigado, entretanto, ao cumprimento integral de todas as cláusulas, inclusive a que se refere ao pagamento e cumprimento da vigência mínima.**

**2.2. Podem ser inscritos como beneficiários dependentes as pessoas que façam parte do grupo familiar do beneficiário titular, assim entendidos:**

- a) o cônjuge;
- b) os filhos;
- c) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- d) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- e) os filhos comprovadamente inválidos;
- f) os irmãos.

2.2.1. O plano firmado para os dependentes não poderá ser diferente daquele em que o beneficiário titular estiver inscrito.

2.3. A inclusão dos beneficiários será processada por meio da Proposta de Adesão que integra este contrato para todos os fins de direito, ou, ainda, por formulário próprio se a inclusão for posterior a celebração do presente contrato.

2.3.1. O pedido de inclusão de dependentes constitui declaração da existência de um dos vínculos mencionados na cláusula anterior, podendo a UNIODONTO solicitar documento hábil que permita a comprovação.

2.3.2. A prova da convivência será feita mediante a apresentação de “Termo de Convivência” devidamente firmado pelos conviventes.

**2.4. Poderão ser incluídos os dependentes somente no momento da celebração do presente contrato.**

**2.4.1. Após a celebração do contrato somente serão incluídos os novos cônjuges, conviventes, filhos e enteados, desde que realizada a inscrição no prazo de 30 (trinta) dias contados da data:**

- a) do nascimento, da adoção, da decisão judicial que fixar a guarda ou conceder a tutela;
- b) do casamento;
- c) do início da união estável.

2.5. É assegurada a inclusão do **filho adotado ou sob guarda ou tutela, menor de doze anos**, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias após o deferimento da adoção, da tutela ou da guarda.**

2.6. O **filho menor de doze anos** cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde **em até trinta dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai.**

**2.7. O pedido de inclusão deverá conter todos os dados dos beneficiários exigidos pelas normas em vigor para cumprimento das normas e determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cabendo ao CONTRATANTE atualizá-los e complementá-los sempre que solicitado pela UNIODONTO para o cumprimento das obrigações frente ao órgão regulador.**

**2.7.1. Também serão exigidos, no momento da contratação ou da inclusão de beneficiários, os dados cadastrais necessários ao estabelecido neste contrato, em especial de comunicação com os beneficiários, os quais devem ser mantidos atualizados pelo CONTRATANTE.**

### **III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

3.1. A cobertura compreende os **procedimentos exclusivamente odontológicos** realizáveis em consultório, incluindo exames clínicos, procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, radiologia, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, **conforme os procedimentos definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), específicos da segmentação odontológica, e suas atualizações.**

3.1.1. Quando por imperativo clínico for necessária a utilização de estrutura hospitalar para a realização de procedimentos previstos neste contrato, **estarão cobertos tão somente os honorários e materiais odontológicos utilizados pelo cirurgião-dentista.**

**3.2. Estão cobertos pelo pagamento fixo (pré-pagamento), os seguintes atos odontológicos:**

**CIRURGIA**

- Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula/Maxila
- Exérese ou Excisão de Cálculo Salivar
- Exérese ou Excisão de Mucocele
- Exérese ou Excisão de Rânula
- Exodontia de Raiz Residual
- Exodontia Simples de Permanente ou Supranumerário
- Frenotomia/Frenulotomia Labial
- Frenotomia/ Frenulotomia Lingual
- Frenulectomia Labial
- Frenulectomia Lingual
- Reconstrução de Sulco Gengivo-Labial
- Redução Cruenta de Fratura Alvéolo Dentária
- Redução Incruenta de Fratura Alvéolo Dentária
- Tracionamento Cirúrgico com Finalidade Ortodôntica
- Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco Nasais
- Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco Sinusais
- Tratamento Cirúrgico de Hiperplasias de Tecidos Moles na Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Hiperplasias de Tecidos Ósseos / Cartilaginosos na Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem Reconstrução
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos de Tecidos Moles na Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos de Tecidos Ósseos / Cartilaginosos na Região Buco-Maxilo-Facial
- Ulectomia
- Ulotomia

**DENTÍSTICA**

- Restauração em Ionômero de Vidro
- Restauração em Resina Fotopolimerizável
- Tratamento Restaurador Atraumático

**DIAGNÓSTICO**

- Consulta Odontológica
- Consulta Odontológica Inicial
- Consulta Odontológica para avaliação técnica de auditoria

**ENDODONTIA**

- Curativo de Demora em Endodontia
- Pulpotomia em Dente Decíduo
- Tratamento de Perfuração (Radicular/Câmara Pulpar)
- Tratamento Endodôntico em Dente com Rizogênese Incompleta
- Tratamento Endodôntico Birradicular em Dentes Permanentes
- Tratamento Endodôntico em Dente Decíduo
- Tratamento Endodôntico Multirradicular em Dentes Permanentes
- Tratamento Endodôntico Unirradicular em Dentes Permanentes

## **ODONTO-PEDIATRIA**

- Condicionamento em Odontologia
- Estabilização de Paciente por meio de contenção física ou mecânica
- Estabilização de Paciente por meio de contenção física ou mecânica para Pacientes com Necessidades Especiais
- Exodontia Simples de Decíduo
- Mantenedor de Espaço Fixo
- Mantenedor de Espaço Removível
- Plano Inclinado
- Reabilitação com Coroa de Acetato, Aço ou Policarbonato

## **PERIODONTIA**

- Aumento de Coroa Clínica
- Dessensibilização Dentária
- Gengivoplastia
- Raspagem Supra-Gengival e Polimento Coronário

## **PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**

- Adequação do Meio Bucal
- Aplicação de Cariostático
- Aplicação de Selante
- Aplicação de Selante – Técnica Invasiva
- Aplicação Tópica de Flúor
- Aplicação Tópica de Verniz Fluoretado
- Atividade Educativa em Saúde Bucal
- Atividade Educativa em Odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
- Controle de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
- Profilaxia: Polimento Coronário
- Remineralização Dentária

## **PRÓTESE**

- Reembasamento de Coroa Provisória

## **RADIOLOGIA**

- Documentação Odontopediátrica (Uniodonto Campinas): Panorâmica; índice carpal; periapicais anteriores; interproximais de decíduos; 9 fotos; modelos ortodônticos; pasta ortodôntica; caixa de modelos; CD
- Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico/Periapical Completo)
- Panorâmica de Mandíbula/Maxila (Ortopantomografia)
- Radiografia Interproximal (Bite-Wing)
- Radiografia da Mão e do Punho (Índice Carpal)
- Radiografia Oclusal

## **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

- Capeamento Pulpar Direto – Excluindo Restauração Final
- Colagem de Fragmentos Dentários
- Consulta Odontológica de Urgência
- Contr. de Hemorragia com Aplicação de Agente Hemostático em Reg. Buco-Maxilo-Facial
- Contr. de Hemorragia sem Aplicação de Agente Hemostático em Reg. Buco-Maxilo-Facial

- Curativo Endodôntico em Situação de Emergência
- Incisão e Drenagem Extra Oral de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial
- Imobilização Dentária em Dentes Decíduos
- Imobilização Dentária em Dentes Permanentes
- Incisão e Drenagem Intraoral de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial
- Pulpotomia
- Pulpectomia
- Recimentação de Peça/Trabalho Protético
- Redução Simples de Luxação da Atm
- Reembasamento de Coroas e Incrustações Provisórias
- Reimplante de Dente Avulsionado com Contenção
- Remoção de Dreno Extra Oral
- Remoção de Dreno Intraoral
- Remoção de Material Obturador Intracanal para Retratamento Endodôntico
- Restauração Temporária / Tratamento Expectante
- Sutura de Ferida em região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento de Abscesso Periodontal
- Tratamento de Alveolite
- Tratamento Conservador de Luxação da Articulação Têmporo-Mandibular
- Tratamento de Odontalgia Aguda (Pulpotomia)
- Tratamento de Pericoronarite

**3.2.1. Os procedimentos cobertos em pré-pagamento se sujeitarão aos limites das Diretrizes de Utilização publicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.**

**3.3. Os procedimentos odontológicos abaixo serão cobertos pelo regime de pós pagamento, podendo ser utilizada a rede de cirurgiões-dentistas mediante o pagamento integral de cada ato utilizado, diretamente à UNIODONTO, nos valores descritos na tabela de procedimentos (anexo I):**

#### **CIRURGIA**

- o Alveoloplastia
- o Apicetomia Birradiculares com Obturação Retrógrada
- o Apicetomia Birradiculares sem Obturação Retrógrada
- o Apicetomia Multirradiculares com Obturação Retrógrada
- o Apicetomia Multirradiculares sem Obturação Retrógrada
- o Apicetomia Unirradiculares com Obturação Retrógrada
- o Apicetomia Unirradiculares sem Obturação Retrógrada
- o Aprofundamento / Aumento de Vestíbulo
- o Biópsia de Boca
- o Biópsia de Glândula Salivar
- o Biópsia de Lábio
- o Biópsia de Língua
- o Biópsia de Mandíbula
- o Biópsia de Maxila
- o Bridectomia
- o Bridotomia
- o Cirurgia para Exostose Maxilar

- o Cirurgia Odontológica a Retalho
- o Cirurgia para Torus Mandibular Bilateral
- o Cirurgia para Torus Mandibular Unilateral
- o Cirurgia para Torus Palatino
- o Coleta de Raspado em Lesões ou Sítios Específicos da Região Buco-Maxilo-Facial
- o Curetagem Apical
- o Exérese de Lipoma na Região Buco-Maxilo-Facial
- o Exodontia de Permanente por indicação ortodôntica/protética
- o Exodontia a Retalho
- o Punção Aspirativa na Região Buco-Maxilo-Facial
- o Remoção de Dentes Inclusos/Impactados
- o Remoção de Dentes Semi-Inclusos/Impactados
- o Remoção de Odontoma
- o Tunelização

### **DENTÍSTICA**

- o Ajuste Oclusal por Acréscimo
- o Ajuste Oclusal por Desgaste Seletivo
- o Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável
- o Restauração em Amálgama

### **ENDODONTIA**

- o Remoção de Corpo Estranho Intra-Canal
- o Remoção de Núcleo Intra-Canal
- o Retratamento Endodôntico Birradicular em Dentes Permanentes
- o Retratamento Endodôntico Multirradicular em Dentes Permanentes
- o Retratamento Endodôntico Unirradicular em Dentes Permanentes

### **EXAMES**

- o Diagnóstico Anatomopatológico em Citologia Esfoliativa na Região Buco-Maxilo-Facial
- o Diagnóstico Anatomopatológico em Material de Biopsia na Região Buco-Maxilo-Facial
- o Diagnóstico Anatomopatológico em Peça Cirúrgica na Região Buco-Maxilo-Facial
- o Diagnóstico Anatomopatológico em Punção na Região Buco-Maxilo-Facial
- o Teste de Fluxo Salivar
- o Teste PH Salivar (Acidez Salivar)

### **PERIODONTIA**

- o Amputação Radicular com Obturação Retrógrada
- o Amputação Radicular sem Obturação Retrógrada
- o Cirurgia Periodontal a Retalho
- o Cunha Proximal
- o Curetagem de Bolsa Periodontal
- o Enxerto Gengival Livre
- o Enxerto Pediculado
- o Gengivectomia
- o Odonto-Secção
- o Órtese Miorrelaxante (Placa Oclusal Estabilizadora)
- o Sepultamento Radicular

### **PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**

o Remoção de Fatores de Retenção de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)

## **PRÓTESE**

o Coroa Unitária Provisória sem Pino

o Coroa Unitária Provisória com Pino

o Núcleo de Preenchimento

o Pino de Retenção Intrarradicular Metálico (Pré Fabricado)

o Provisório para Preparo de Restauração Metálica Fundida

o Reabilitação com Coroa Total de Cerômero Unitária - Inclui a Peça Protética

o Reabilitação com Coroa Total Metálica Unitária - Inclui a Peça Protética

o Reabilitação com Núcleo Metálico Fundido (metal não nobre) – Inclui a Peça Protética

o Reabilitação com Restauração Metálica Fundida (RMF) Unitária - Inclui a Peça Protética

o Remoção de Peça / Trabalho Protético

**3.4. As atualizações do rol de procedimentos integrarão a cobertura pós-paga a que se refere a cláusula anterior, sendo acrescentadas ao anexo I deste instrumento.**

## **IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

**4.1. Não estão cobertos pelo plano:**

**a) as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;**

**b) quaisquer serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar, excetuando apenas os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução dos procedimentos cobertos passíveis de serem executados em consultórios, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar; estão excluídas da cobertura as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar decorrentes de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial;**

**c) as despesas com honorários de anestesistas (profissional médico), mesmo para pacientes com necessidades especiais;**

**d) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;**

**e) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**

**f) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.**

**g) os serviços realizados por profissionais não cooperados ou credenciados, ressalvados os casos de urgência/emergência quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais cooperados ou credenciados;**

**h) consultas e tratamentos realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;**

**i) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;**

**j) os serviços não constantes da cobertura ou do rol de procedimentos vigente à época do evento, ou ainda, em desconformidade com as diretrizes de utilização, conforme disciplinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar;**

**k) procedimentos com finalidade estética.**

## **V - DURAÇÃO DO CONTRATO**

**5.1. O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, com início na data de sua assinatura ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.**

5.2. O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial.

5.2.1. Não haverá cobrança de qualquer taxa ou outro valor adicional em decorrência da renovação automática, mantendo-se somente as obrigações do CONTRATANTE assumidas no momento da contratação e seus eventuais reajustamentos.

## **VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA**

6.1. Os beneficiários não terão direito às coberturas contratadas antes de cumpridos os períodos de carência.

6.1.1. O início da contagem do período de carência se dará na data de início de vigência do presente contrato para o beneficiário incluído no momento da contratação, ou se posteriormente, na data de sua efetiva inclusão no plano.

6.2. Para os procedimentos cobertos em pré-pagamento, os beneficiários cumprirão os seguintes prazos de carência:

Procedimentos de	Prazo Máximo Legal	Prazo Contratado
Cirurgia	180 dias	<b>30 dias</b>
Dentística	180 dias	<b>30 dias</b>
Diagnóstico	180 dias	<b>30 dias</b>
Endodontia	180 dias	<b>30 dias</b>
Odontopediatria	180 dias	<b>30 dias</b>
Periodontia	180 dias	<b>30 dias</b>
Prevenção em Saúde Bucal	180 dias	<b>30 dias</b>
Radiologia	180 dias	<b>30 dias</b>
Urgência/Emergência	24 horas	<b>24 horas</b>

6.3. Para os atos cobertos em pós pagamento não haverá cumprimento de prazos de carência.

6.4. A contagem da carência se inicia na data da assinatura do contrato ou da inclusão do beneficiário, se posterior à celebração do contrato, ou do pagamento da primeira mensalidade respectiva, o que ocorrer primeiro.

## **VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

7.1. Não haverá cobertura parcial temporária ou agravo na contraprestação em razão de lesão ou doença pré-existente à contratação.

## **VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

8.1. A UNIODONTO assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste instrumento, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência odontológica, nos casos exclusivos de urgência/emergência, quando não for possível a utilização da rede cooperada ou credenciada de cirurgiões-dentistas.

8.1.1. Os procedimentos de urgência/emergência são os previstos no rol de procedimentos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e suas atualizações.

8.1.2. Nos termos desta cláusula, serão reembolsáveis as despesas odontológicas de urgência/emergência **até o limite dos valores** previstos na Tabela de Procedimentos (Anexo I) deste contrato.

8.1.3. Os valores máximos de reembolso não serão inferiores ao praticado pela UNIODONTO com sua rede prestadora de serviços.

8.2. O reembolso será efetuado, no montante despendido pelo beneficiário, limitado aos valores fixados neste contrato, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de o pagamento não ser integral:

- a) requerimento preenchido em formulário próprio fornecido pela UNIODONTO, solicitando o reembolso;
- b) orçamento datado e assinado pelo cirurgião-dentista assistente, declarando todos os dados pessoais do BENEFICIÁRIO, diagnóstico, descrição e justificativa dos procedimentos realizados;
- c) recibo assinado pelo cirurgião-dentista assistente, constando o número de sua inscrição no Conselho Regional de Odontologia (CRO) e no cadastro de pessoas físicas do Ministério da Fazenda (CPF/MF), acusando o recebimento dos valores combinados.
- d) recibo individualizado por procedimento, assinado pelo cirurgião-dentista assistente.

**8.2.1. O beneficiário perderá o direito de requerer o reembolso decorridos 12 (doze) meses da data do evento.**

## **IX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

### **Cartão de Identificação**

9.1. A UNIODONTO fornecerá aos beneficiários o cartão individual de identificação, de forma impressa ou digital, referente ao plano contratado, com descrição de suas características, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, legalmente reconhecido, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo a UNIODONTO adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional de atendimento.

9.1.1. Caso haja necessidade de segunda via impressa do Cartão Individual de Identificação, deverá ocorrer a solicitação por escrito à UNIODONTO, que cobrará o valor previsto na proposta de adesão.

### **Divulgação da Rede**

9.2. A relação da rede prestadora está disponível na *internet* no endereço <http://www.uniodontocampinas.com.br> ou através de aplicativo para *smartphone*.

9.2.1. A UNIODONTO fornecerá, por solicitação do CONTRATANTE, a relação impressa da rede prestadora com as mesmas informações dos meios eletrônicos.

### **Acesso à cobertura**

**9.3. Para o atendimento dos procedimentos cobertos, o BENEFICIÁRIO escolherá livremente o cirurgião-dentista integrante da rede prestadora que atue na área de cobertura geográfica do plano, marcando dia e hora para consulta.**

**9.4. O cirurgião-dentista lavrará plano de tratamento dos atos odontológicos que deverá ser aprovado pela UNIODONTO antes de sua execução, exceto nos casos de urgência/emergência em que o atendimento será imediato.**

**9.4.1. Aprovada a realização do tratamento, sua execução deverá ser agendada pelo beneficiário diretamente com o cirurgião-dentista que a propôs.**

### **Auditoria**

**9.5. A UNIODONTO poderá realizar auditoria odontológica, quando da apresentação da proposta de tratamento, durante e/ou no término dos procedimentos, submetendo o beneficiário a exame, como instrumento de controle técnico e operacional dos tratamentos, visando garantir a necessidade e a indicação clínica dos procedimentos odontológicos.**

**9.5.1. Na aplicação da auditoria odontológica presencial, a UNIODONTO se obriga a garantir o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da apresentação do plano de tratamento.**

### **Divergência Odontológica**

**9.6. Havendo divergência entre a solicitação do profissional assistente e a auditoria, a definição do impasse ocorrerá através de junta constituída pelo cirurgião-dentista solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por cirurgião-dentista da UNIODONTO e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima, cuja remuneração ficará a cargo da UNIODONTO.**

### **X – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE**

**10.1. Este contrato é regido pelo regime misto de pagamento, ou seja, parte dos procedimentos estará coberta por valor fixo (mensalidade) e o restante dos procedimentos pelo regime de pós-pagamento, de acordo com a utilização, mediante o pagamento do procedimento respectivo.**

**10.2. O CONTRATANTE obriga-se a pagar à UNIODONTO:**

- a) a inscrição, no valor previsto na proposta de adesão;**
- b) a mensalidade, no valor previsto na proposta de adesão;**
- c) os procedimentos realizados em razão da cobertura pós-estabelecida, nos valores constantes na Tabela de Procedimentos (anexo I).**

**10.2.1. A cobrança dos procedimentos em pós-pagamento poderá ser autorizada tanto pelo CONTRATANTE como por seus dependentes inscritos.**

**10.2.2. Todos os pagamentos serão realizados diretamente à UNIODONTO, não tendo o cooperado ou qualquer outro prestador autorização para recebimento ou negociação de valores em nome da UNIODONTO.**

10.3. Os pagamentos obedecem às seguintes regras:

- a) da inscrição, uma única vez, no momento da contratação ou da inclusão de beneficiários;
- b) da mensalidade, a cada período mensal, na data de vencimento ajustada, relativa ao número de beneficiários inscritos no plano;
- c) dos valores previstos na Tabela de Procedimentos (anexo I), relativos aos procedimentos cobertos em pós-pagamento, no ato da aprovação dos tratamentos.

10.3.1. As cobranças emitidas pela UNIODONTO serão baseadas no número de beneficiários no momento de sua emissão, realizando-se os acertos dos valores nos meses subsequentes caso não seja possível sua alteração e remessa até o vencimento.

10.4. Os valores contratados serão pagos até seus respectivos vencimentos pelo meio de cobrança adotado pela UNIODONTO.

10.4.1. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

10.4.2. Se o CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da UNIODONTO, para que não se sujeite às consequências da mora.

**10.5. Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores contratados, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, ou sua fração diária (0,033% ao dia) e correção monetária de acordo com a variação do Índice Geral de Preços do Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV), ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2 % (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.**

**10.6. O inadimplemento dos valores contratados poderá acarretar a inscrição do CONTRATANTE, seu representante ou assistente, quando for o caso, em cadastro de restrição ao crédito.**

#### **XI - REAJUSTE**

##### **Reajuste da Mensalidade**

**11.1. O valor da mensalidade será reajustado anualmente pela variação do Índice de Preços ao Consumido do Setor Saúde, da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (IPC-Saúde/FIPE), ou pelo índice que venha a substituí-lo.**

11.1.1. Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a doze meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

11.2. Caso a legislação permita, o valor da mensalidade também será revisado anualmente levando-se em conta a elevação de preços observados para cada componente do custo assistencial, compreendendo os materiais, a inclusão de procedimentos obrigatórios cobertos e o preço e respectivos reajustes aos prestadores de serviços.

### **Reajuste da Tabela de Procedimentos**

11.3. A Tabela de Procedimentos relativa a cobertura pós-estabelecida, integrante deste contrato, será reajustada no mês de janeiro de cada ano, de acordo com a variação de custo dos procedimentos e materiais.

11.3.1. Os preços da tabela dos procedimentos sujeitos a pós-pagamento poderão, ainda, ser reajustados pelos mesmos índices de correção previstos para o reajustamento da contraprestação pré-estabelecida.

11.3.2. As atualizações da tabela serão incorporadas ao contrato a título de aditamento pré-consentido, e serão enviadas ao CONTRATANTE.

### **Disposições Comuns**

11.4. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores da mensalidade e da Tabela de Procedimentos serão alterados na data de reajustamento prevista no presente contrato, entendendo-se data-base única.

### **XII - FAIXAS ETÁRIAS**

12.1. Este contrato não tem seus preços fixados por faixa etária, assim, não há alteração de valores das contraprestações em decorrência da idade dos beneficiários.

### **XIII – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

#### **Exclusão**

13.1. O beneficiário dependente será excluído do plano nos casos de:

- a) perda da condição de dependência definida nas condições de admissão deste contrato;
- b) infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;
- c) pedido do CONTRATANTE.

13.2. A extinção do vínculo do beneficiário titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, desde que assumam as obrigações decorrentes.

13.2.1. O disposto nesta cláusula não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento das obrigações contratadas.

13.3. A efetivação da exclusão se opera:

- a) por iniciativa da UNIODONTO, nas hipóteses previstas neste contrato, no último dia do mês do recebimento da notificação pelo CONTRATANTE;
- b) por pedido do CONTRATANTE, na data da solicitação.

13.3.1. Enquanto não efetivada a exclusão do beneficiário mantém-se a obrigação do pagamento das mensalidades respectivas, bem como todos os direitos garantidos pelo presente contrato.

13.3.2. Cessa a responsabilidade da UNIODONTO pelos atendimentos a partir da efetivação da exclusão.

#### **Penalidade por Exclusão Antecipada**

13.4. Tratando-se de contratação familiar, se a exclusão do dependente ocorrer antes de completados 12 (doze) meses de sua inclusão, o CONTRATANTE pagará multa pecuniária equivalente a 20 % (vinte por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo mencionado.

13.4.1. A multa não será devida em caso falecimento ou exclusão pela UNIODONTO por perda da condição de dependente.

#### **XIV - RESCISÃO**

##### **Denúncia**

14.1. Antes do prazo de 12 (doze) meses de vigência, é facultado ao CONTRATANTE denunciar o presente contrato sujeitando-se ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 20 % (vinte por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

14.2. Após os 12 (doze) meses iniciais de vigência o contrato poderá ser denunciado pelo CONTRATANTE sem a incidência da multa de que trata a cláusula anterior.

14.3. O encerramento do contrato pela denúncia do CONTRATANTE ocorrerá na data de sua solicitação à UNIODONTO.

14.3.1. Enquanto não encerrado o contrato mantém-se a obrigação do pagamento das mensalidades respectivas, bem como todos os direitos garantidos pelo presente contrato.

14.3.2. Cessa a responsabilidade da UNIODONTO pelos atendimentos a partir do encerramento do CONTRATO.

##### **Rescisão**

14.4. Será considerado rescindido este contrato:

a) se houver atraso no pagamento das obrigações por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o CONTRATANTE tenha sido comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de a UNIODONTO exigir a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias.

b) ocorrendo fraude comprovada.

14.4.1. Sendo permitida legalmente a redução do período de inadimplência (60 dias), para efeito de rescisão ou suspensão, este contrato se adaptará às novas condições vigentes.

14.4.2. A notificação de que trata esta cláusula pode ser realizada pelos seguintes meios, de forma alternativa:

- a) correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura;**
- b) mensagem de texto para telefones celulares (SMS);**
- c) mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas (tais como *Whatsapp, Telegram, Messenger, etc.*);**
- d) ligação telefônica gravada, com confirmação de dados pelo interlocutor;**
- carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios;**
- e) pessoalmente, com comprovante de recebimento assinado pelo contratante;**
- f) em área restrita da página institucional da UNIODONTO na Internet e/ou por meio de aplicativo da UNIODONTO para dispositivos móveis, desde que acessível por meio de *login* e senha pessoais;**
- g) edital, publicado em jornal de grande circulação do último domicílio conhecido do contratante, na forma das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).**

14.4.3. Caso o CONTRATANTE seja notificado após o quinquagésimo dia de inadimplência terá, sempre, no mínimo, mais dez dias de inadimplência para que seja possível afastar a rescisão do contrato.

**14.5. Ocorrendo a rescisão antes dos 12 (doze) meses iniciais de vigência, o CONTRATANTE se sujeitará ao pagamento multa pecuniária equivalente a 20 % (vinte por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.**

**14.6. A responsabilidade da UNIODONTO pelos atendimentos cessa no último dia do prazo da notificação de rescisão.**

## **Disposições Comuns**

**14.7. Ocorrendo qualquer das hipóteses de extinção do contrato (denúncia ou rescisão), no prazo previsto entre a data da notificação/comunicação e do término da relação, não haverá inclusão ou exclusão imotivada de beneficiários.**

## **XV - DISPOSIÇÕES GERAIS**

### **Das Definições**

15.1. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

I – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS: autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

II - BENEFICIÁRIO: é a pessoa física que usufruirá os serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular ou de dependente.

III – CARÊNCIA: é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

IV- CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é a cédula onde se determina a identidade do beneficiário (nome, idade, código de inscrição na cooperativa contratada etc.) e é, também, o comprovante de sua inscrição no plano.

V – COBERTURA: é a assistência à saúde contratada que o beneficiário tem direito.

VI- CONSULTA: é o ato realizado pelo cirurgião-dentista que avalia as condições clínicas do beneficiário.

VII - CONTRATANTE: é a pessoa física (qualificada na proposta de adesão em anexo) que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde odontológica para si e seus dependentes.

VIII – CONTRATADA: é a operadora de planos privados de assistência à saúde, denominada no contrato como UNIODONTO, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde odontológica aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus cirurgiões-dentistas cooperados.

IX - CONTRATO INDIVIDUAL/FAMILIAR: é um contrato de adesão, cujo CONTRATANTE é uma pessoa física, com ou sem inclusão de seu grupo familiar.

X – CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou mancebia; amigado; amasiado; companheiro.

XI – COOPERADO: é o cirurgião-dentista que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho odontológico, existentes no Sistema Nacional UNIODONTO.

XII – INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um beneficiário no plano.

XIII- MENSALIDADE: é a quantia a ser paga mensalmente à UNIODONTO, em face das coberturas previstas no contrato, ou sua mera disponibilidade; contraprestação.

XIV – PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.

XV – PROPOSTA DE ADESÃO: é o documento preenchido pelo CONTRATANTE que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato.

XVI – SISTEMA NACIONAL UNIODONTO: é o conjunto de todas as UNIODONTOS, cooperativas de trabalho odontológico, constantes da relação entregue ao CONTRATANTE, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para a prestação de serviços aos beneficiários.

XVII – TABELA DE PROCEDIMENTOS: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada à cobertura em pós-pagamento, que consta anexa ao contrato.

XVIII – UNIODONTO: é uma cooperativa de cirurgiões-dentistas, regida pelos artigos 1093 a 1096 do Código Civil e pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida pelos próprios odontólogos.

### **Das Outras Disposições**

15.2. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao(à) CONTRATANTE, aos(às) beneficiários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores etc.

15.3. A UNIODONTO não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com quaisquer prestadores.

**15.4. Considera-se fraude para efeito deste contrato:**

- a) qualquer ato ilícito praticado pelos beneficiários na utilização do objeto deste instrumento;
- b) utilização indevida da carteira de identidade do beneficiário, assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;
- c) omissão ou distorção de informações em prejuízo da UNIODONTO ou do resultado de perícias, exames ou auditorias, quando necessários;
- d) descumprimento das condições pactuadas, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste instrumento.

15.4.1. No conceito de fraude incluem-se a má-fé, a deslealdade, o esquecimento voluntário para postergar a informação, a mentira etc.

**15.5. É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, denúncia ou resolução deste contrato, providenciar a devolução de todos os cartões de identificação dos beneficiários caso sejam impressos, e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela UNIODONTO, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelas despesas e prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.**

**15.6. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão de identificação, ou acesso indevido por terceiros no formato eletrônico, a UNIODONTO deverá ser comunicada por escrito, para cancelamento ou, quando for o caso de meio impresso, emissão de segunda via.**

**15.7. O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer beneficiário, a critério da UNIODONTO, ensejará pedido de reembolso das despesas e indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências.**

**15.7.1. Considera-se uso indevido do cartão de identificação para efeito deste contrato:**

- a) para obter atendimento, mesmo que na forma UNIODONTO, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato;
- b) em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam beneficiários, com ou sem o conhecimento destes.

**15.8. É obrigação do CONTRATANTE a atualização de seu cadastro junto à UNIODONTO de forma escrita e comprovada.**

15.9. Os beneficiários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

15.10. O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a cooperativa Uniodonto qualificada na proposta de adesão, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIODONTO.

15.11. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

**15.12. O CONTRATANTE, por si e por seus dependentes, autoriza a UNIODONTO a:**

- a) prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde;
- b) obter o diagnóstico odontológico sempre que necessário, tanto para fins de reembolso aos beneficiários como para fins de informações odontológicas.

15.12.1. Ficam desde já autorizadas que as informações de que trata o item “b” desta cláusula serão prestadas pelos cirurgiões-dentistas cooperados/assistentes, ou pelos serviços credenciados.

15.12.2. As partes se comprometem a observar a legislação relativa ao sigilo odontológico, e a UNIODONTO fica responsável em tomar todas as precauções necessárias para manter o sigilo técnico sobre o fluxo de informações obtidas em decorrência das atividades descritas no objeto deste instrumento, obedecendo ao que determina o Código de Ética Odontológica.

15.13. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão, o Cartão de Identificação, a Tabela Referencial, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o Guia de Leitura Contratual (GLC) e demais anexos firmados pelas partes.

15.14. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente nesta data, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

#### **Das disposições especiais relativas à proteção de dados pessoais**

15.15. As partes concordam que o processamento de dados pessoais será sempre executado em conformidade com a Lei 13.709, de agosto de 2018, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), especialmente no que se refere aos seus princípios gerais estabelecidos no artigo 6º da referida Lei, bem como das normas derivadas da autorregulação pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) e demais órgãos reguladores a que estiverem vinculadas, além das melhores práticas internacionais de segurança da informação e proteção de dados pessoais.

15.15.1. Nos termos desta cláusula, as atividades de tratamento de dados pessoais derivadas da execução deste contrato, somente poderão ser desenvolvidas, independentemente do meio onde sejam tratados os dados pessoais (físico ou digital), para alcançar a finalidade objeto do contrato e ou para cumprimento de obrigação legal.

15.16. A UNIODONTO, denominada daqui por diante **CONTROLADORA**, em razão dos serviços a serem desenvolvidos para cumprimento do objeto do contrato de plano de saúde exclusivamente odontológico necessita realizar o tratamento dos dados pessoais comuns e sensíveis do CONTRATANTE, bem como de seus dependentes eventualmente inscritos, de ora em diante denominados “**Titular dos Dados**” ou simplesmente “**Titular**” (independentemente de sua condição contratual como beneficiário titular ou beneficiário dependente).

15.16.1. Para o cumprimento de suas obrigações contratuais e legais, perante órgãos reguladores e governamentais, a **CONTROLADORA** terá o poder de decisão sobre os meios, conveniência e oportunidade de realizar o tratamento das informações do **TITULAR** na modalidade de compartilhamento com terceiros, necessários para o cumprimento de referidas obrigações, tendo como premissas a observância da estrita finalidade para o qual o dado foi coletado, sua adequação e efetiva necessidade, zelando pela transparência, segurança e no seu melhor interesse.

15.17. A **CONTROLADORA** esclarece desde já ao **TITULAR** que por exercer atividade regulada terá, obrigatoriamente, que compartilhar dados pessoais com referidos reguladores e órgãos governamentais zelando para que ocorra sem excessos, atendendo às normas de proteção de dados. Da mesma forma, estará a **CONTROLADORA** obrigada ao compartilhamento de dados pessoais requisitados por órgão judicial ou de polícia para fins investigativos.

15.18. Considerando que o atendimento é prestado pela rede cooperada/credenciada, bem como em estabelecimentos próprios da UNIODONTO, para a execução eficiente e plena do objeto do contrato, a UNIODONTO poderá eventualmente necessitar compartilhar dados pessoais do beneficiário com os referidos cooperados/credenciados/serviços próprios, seja por motivos operacionais ou mesmo de custo, garantindo-se dessa maneira a eficiente prestação do serviço, de forma que para efeito deste contrato:

- a) o Cooperado/Credenciado/Serviço Próprio será qualificado como agente de tratamento de dados, na qualidade de OPERADOR sobre os dados que tem acesso através dos sistemas da UNIODONTO, especialmente sobre identificação, localização, elegibilidade, status clínico, prontuários eletrônicos e resultados de exames, se o caso.
- b) o Cooperado/Credenciado/Serviço Próprio será qualificado como agente de tratamento de dados, na qualidade de **CONTROLADOR EM CONJUNTO** sobre os dados que coletar e enriquecer no atendimento clínico do beneficiário.

15.18.1. Aplica-se igualmente o disposto nesta cláusula quando a UNIODONTO, para o cumprimento do objeto deste contrato e atender a legislação da saúde suplementar em vigor, relacionar-se com estabelecimento de saúde não contratado/credenciado, observando-se todas as disposições de proteção de dados e segurança pertinentes.

15.19. Considerando que o custos do contrato comercializado pela **CONTROLADORA** estão sujeitos a variação em decorrência de usos abusivos e fraudes, visando atender aos interesses do próprio TITULAR e demais beneficiários, a **CONTROLADORA** realizará periodicamente auditorias odontológicas, internamente ou por meio de empresa especializada, o que exigirá o compartilhamento de dados pessoais para essa finalidade, mas que ocorrerá dentro dos limites legais impostos pela Lei Geral de Proteção de Dados, sendo disponibilizado ao TITULAR quando o caso, as informações sobre os agentes envolvidos na operação de tratamento de dados em questão de forma prévia e transparente, nos canais de comunicação mantidos com os beneficiários.

15.20. A UNIODONTO tem como uma das suas premissas viabilizar para o beneficiário o acesso aos melhores serviços e produtos para atendimento da sua condição de saúde, estabelecendo serviços e produtos que não sejam parte do seu escopo de contrato, por meio dos quais são garantidos descontos para os beneficiários titulares e dependentes do plano odontológico.

15.20.1. Para viabilização da implantação desses serviços e benefícios são compartilhados dados pessoais de identificação e localização do beneficiário para que possa ser identificado nos estabelecimentos conveniados e ter acesso aos benefícios e descontos negociados via convênio, cabendo ao beneficiário titular e seus dependentes manifestarem seu consentimento em termo específico, escrito ou eletrônico, no ato da contratação ou durante a sua execução.

**XVI - ELEIÇÃO DE FORO**

16.1. Fica eleito o foro do domicílio do CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

**Data da Assinatura do Contrato:**

**CONTRATANTE:** \_\_\_\_\_

Pela Contratada, Uniodonto de Campinas Cooperativa Odontológica

\_\_\_\_\_

<b>ANEXO I - TABELA DE PROCEDIMENTOS (Q)</b>			
<b>Plano Kids (486.890/20-1 / Plano Kids - PF (488.203/21-2)</b>			
<b>1) VALORES MÁXIMOS DE REEMBOLSO PARA PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA (Cláusula 8.1.2 deste contrato)</b>			
<b>CÓDIGO TUSS</b>	<b>ESPECIALIDADE NOMENCLATURA DO PROCEDIMENTO</b>	<b>DIAS UTEIS DAS 08:00 ÀS 18:00</b>	<b>HORÁRIO NOTURNO E DIAS NÃO ÚTEIS</b>
85100013	Capeamento Pulpar Direto com Curativo (Excluindo Restauração Final)	100,00	130,00
85100048	Colagem de Fragmentos Dentários	100,00	130,00
82000468	Controle de Hemorragia <b>Com</b> Aplicação de Agente Hemostático em Região Buco-Maxilo-Facial	100,00	130,00
82000484	Controle de Hemorragia <b>Sem</b> Aplicação de Agente Hemostático em Região Buco-Maxilo-Facial	100,00	130,00
81000049	Consulta Odontológica de Urgência / Emergência	100,00	130,00
81000057	Consulta Odontológica de Urgência / Emergência Plantão 24 Horas	100,00	130,00
81000057	Consulta Odontológica de Urgência / Emergência Plantão Kids	100,00	130,00
85200174	Curativo Endodôntico em Situação de Urgência	100,00	130,00
82000700	Estabilização de Paciente por Meio de Contenção Física ou Mecânica	100,00	130,00
87000148	Estab. de Paciente por Meio de Contenção Física ou Mecânica <b>(PNE)</b>	100,00	130,00
85300020	Imobilização Dentária em Dentes Permanentes	100,00	130,00
85000787	Imobilização Dentária em Dentes Decíduos	100,00	130,00
82001022	Incisão e Drenagem Extraoral de Abscesso, Hematoma e/ou flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial	100,00	130,00
82001030	Incisão e Drenagem Intraoral de Abscesso, Hematoma e/ou flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial	100,00	130,00
85200034	Pulpectomia (Odontalgia Aguda)	100,00	130,00
85200042	Pulpotomia (Odontalgia Aguda)	100,00	130,00
85400467	Recimentação de Trabalho Protético	100,00	130,00
82001197	Redução Simples de Luxação de Articulação Têmporo-Mandibular	100,00	130,00
85400475	Reembasamento de Coroas Provisórias	100,00	130,00
82001251	Reimplante Dentário Com Contenção	100,00	130,00
82001308	Remoção de Dreno Extraoral	100,00	130,00
82001316	Remoção de Dreno Intraoral	100,00	130,00
85200069	Remoção de Material Obturador Intra Canal para Retratam. Endodôntico	100,00	130,00
85200085	Restauração Temporária / Tratamento Expectante	100,00	130,00
82001499	Sutura de Ferida em Região Buco-Maxilo-Facial	100,00	130,00
85300063	Tratamento de Abscesso Periodontal Agudo	100,00	130,00
82001650	Tratamento de Alveolite	100,00	130,00
85300080	Tratamento de Pericoronarite	100,00	130,00

82001642	Tratamento Conservador de Luxação da Articulação Têmporo-Mandibular-ATM	100,00	130,00
<b>2) VALORES DOS PROCEDIMENTOS COBERTOS EM PÓS-PAGAMENTO (Cláusula 10.2., "C", deste contrato)</b>			
<b>CIRURGIA</b>			
82000034	Alveoloplastia ou Alveolotomia (por sextante)		102,80
82000182	Apicetomia em Caninos ou Incisivos sem Obturação Retrógrada		172,26
82000174	Apicetomia em Caninos ou Incisivos – com Obturação Retrógrada		235,44
82000166	Apicetomia em Molares sem Obturação Retrógrada		255,06
82000158	Apicetomia em Molares – com Obturação Retrógrada		282,53
82000085	Apicetomia em Pré-Molares sem Obturação Retrógrada		215,82
82000077	Apicetomia em Pré-Molares – com Obturação Retrógrada		275,07
82000190	Aprofundamento / Aumento de Vestíbulo (Sulcoplastia) (por arcada)		105,36
82000239	Biópsia de Boca		113,40
82000255	Biópsia de Lábio		113,40
82000263	Biópsia de Língua		113,40
82000247	Biópsia de Glândula Salivar		113,40
82000271	Biópsia de Mandíbula		113,40
82000280	Biópsia de Maxila		113,40
82000298	Bridectomia		102,02
82000301	Bridotomia		102,02
82000352	Cirurgia para Exostose Maxilar		99,60
82000336	Cirurgia Odontológica a Retalho (Exploratória)		67,20
82000360	Cirurgia para Torus Mandibular - Bilateral		196,20
82000387	Cirurgia para Torus Mandibular - Unilateral		128,31
82000395	Cirurgia para Torus Palatino		165,98
82000441	Coleta de Raspado em Lesões/Sítios Específicos da Região Buco-Maxilo-Facial		107,52
85200182	Curetagem Apical		152,64
82000743	Exérese de Lipoma na Região Buco-Maxilo-Facial		70,80
82000832	Exodontia com Indicação Ortodôntica/Protética		74,56
82000816	Exodontia a Retalho		53,60
82001103	Punção Aspirativa na Região Buco-Maxilo-Facial		113,40
82001286	Remoção de Dentes Retidos (Inclusos ou Impactados) - <b>Dentes Inf / Superiores</b>		274,68
82001294	Remoção de Dentes Retidos (Semi-Inclusos) - <b>Dentes Inferiores / Superiores</b>		274,68
82001740	Remoção Dentes Supranumerários (Inclusos ou Impactados) - <b>Dentes Inferiores / Superiores</b>		274,68
82001367	Remoção de Odontoma		174,24
82001391	Retirada de Corpo Estranho Oroantral ou Oronasal da Região Buco-Maxilo-Facial		229,92
82001685	Tunelização (por elemento)		100,80
<b>DENTÍSTICA</b>			
85400017	Ajuste Oclusal por Acréscimo		62,40
85100064	Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável		112,80
85100099	Restauração de Amálgama - 1 face		37,67
85100102	Restauração de Amálgama - 2 faces		55,72
85100110	Restauração de Amálgama - 3 faces		76,13

85100129	Restauração de Amálgama - 4 faces ou mais	86,33
----------	---	-------

<b>ENDODONTIA</b>		
85100056	Curativo de Demora em Endodontia (Somente para Especialistas)	32,00
85200050	Remoção de Corpo Estranho Intra-Canal	65,34
85200077	Remoção de Núcleo Intrarradicular (por elemento)	58,08
85200115	Retratº Endodôntico em Incisivos ou Caninos (c/ remoção de obturação radicular)	231,00
85200107	Retratamento Endodôntico em Molares (incluso remoção de obturação radicular)	484,00
85200093	Retratamento Endodôntico em Pré-Molares (incluso remoção de obturação radicular)	341,00
<b>EXAMES E TESTES DE LABORATÓRIO</b>		
81000111	Diagn. Anatomopatológico em Citologia Esfoliativa na Reg. Buco-Maxilo-Facial	48,00
81000138	Diagn. Anatomopatológico em Material de Biópsia na Reg. Buco-Maxilo-Facial	48,00
81000154	Diagnóstico Anatomopatológico em Peça Cirúrgica na Região Buco-Maxilo-Facial	48,00
81000170	Diagnóstico Anatomopatológico em Punção na Região Buco-Maxilo-Facial	48,00
84000244	Teste de Fluxo Salivar	48,00
84000252	Teste de PH Salivar (Acidez Salivar)	57,60
<b>PERIODONTIA</b>		
85400025	Ajuste Oclusal por Desgaste Seletivo	92,22
82000050	Amputação Radicular Com Obturação Retrógada (por raiz)	231,52
82000069	Amputação Radicular Sem Obturação Retrógada (por raiz)	222,49
82000417	Cirurgia Periodontal a Retalho	137,34
82000557	Cunha Proximal	117,72
85300039	Curetagem de Bolsa Periodontal (bolsas acima de 5 mm)	47,08
82000662	Enxerto Gengival Livre (por sextante)	255,06
82000689	Enxerto Pediculado (por sextante)	255,06
82000921	Gingivectomia	176,58
82001073	Odonto-Secção	176,58
85400246	Órtese Miorrelaxante (Placa Oclusal Estabilizadora)	305,80
82001464	Sepultamento Radicular (por elemento)	143,03
<b>PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL</b>		
85300055	Remoção de Fatores de Retenção de Biofilme Dental	35,28
<b>PRÓTESE (Incluídas as Peças Protéticas)</b>		
85400076	Coroa Provisória <b>com</b> pino	235,44
85400084	Coroa Provisória <b>sem</b> pino	235,44
85400211	Núcleo de Preenchimento	86,33
85400262	Pino de Retenção Intrarradicular metálico (pré-fabricado)	134,16
85400459	Provisório para Preparo de Restauração Metálica Fundida	76,32
85400114	Reabilitação com Coroa Total em Cerômero Unitária (Dente Anterior)	494,42
85400149	Reabilitação com Coroa Total Metálica Unitária	494,42
85400220	Reabilitação com Núcleo Metálico Fundido (metal não nobre)	151,80
85400556	Reabilitação com Restauração Metálica Fundida (metal não nobre)	494,42
85400505	Remoção de Peça / Trabalho Protético	58,08